FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1939

№ 51

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

par

BRUNELLA RICHARD

né à TROISFONTAINES (Moselle)

le 7 mars 1910

assistant aux Hôpitaux civils, Mulhouse

Forme médico-légale de la pancréatite hémorragique

Président : **M. Simonin,** Professeur

— 1939 —

Imprimerie J. Brinkmann

Mulhouse

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

51

ANNÉE 1939

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

par

BRUNELLA RICHARD

né à TROISFONTAINES (Moselle)

le 7 mars 1910

assistant aux Hôpitaux civils, Mulhouse

Forme médico-légale de la pancréatite hémorragique

Président : **M. Simonin,** Professeur

— 1939 —

Imprimerie J. Brinkmann

Mulhouse

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen ..... MM. FORSTER ✲ ⦶ I.
Assesseur ..... SCHAEFFER ✲ ⦶ I.

Professeurs :

Embryologie	MM.	ANCEL ✲ ⦶ I.
Anatomie		FORSTER ✲ ⦶ I.
Histologie		BOUIN O. ✲ ⦶ I.
Physiologie		SCHAEFFER ✲ I.
Physique biologique		VLES ✲ ⦶ I.
Chimie biologique		NICLOUX O. ✲ ⦶ I.
Anatomie pathologique		MASSON ✲ ⦶ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale.		SCHWARTZ ⦶ I.
Hygiène, Bactériologie		OBERLING ✲ ⦶ A.
Médecine légale et médecine sociale		SIMONIN ✲ ⦶ A.
Clinique médicale		N.....
		AMBARD ✲ ⦶ I.
Clinique chirurgicale		LERICHE O. ✲ ⦶ I.
		WEISS A. ✲ ⦶ A.
Clinique ophtalmologique		REDSLOB ✲ ⦶ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER O. ✲ ⦶ I.
Clinique psychiatrique		PFERSDORF ✲ ⦶ I.
Clinique neurologique		BARRÉ ✲ ⦶ I.
Clinique gynécologique et accouchements		REEB ⦶ I.
Clinique infantile		ROHMER ✲ ⦶ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique		CANUYT ✲ ⦶ I.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		VAUCHER ✲ ⦶ I.

Professeurs sans chaire :

MM. ARON Max ✲ ⦶ I.
BELLOCQ ⦶ I.
M. GERY ⦶ I.

Chargés de cours et Agrégés :

MM. FONTAINE ⦶ A.
GELMA ✲ ⦶ I.
GUNSETT O. ✲ ⦶ I.
HANNS O. ✲ ⦶ I.
HUMBERT ✲ ⦶ A.
KAYSER ⦶ A.
MM. KELLER ⦶ I.
KREIS ⦶ A.
REISS
THIVOLLE ⦶ A.
WAITZ
WOLF ✲ ⦶ A.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Agrégé libre : M. SIMON ✲ ⦶ A.
Directeur de la Clinique dentaire : M. ROMEY O. ✲ ⦶ A.

Chargé d'un cours complémentaire :

M. MEYER M. ⦶ I.
M. ROEDERER ⦶ I.

Professeurs honoraires :

MM. WEILL ✲ ⦶ I.
STOLZ ✲ ⦶ I.
M. CHAVIGNY C. ✲ ⦶ I.

Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

A MES PARENTS,

faible témoignage de reconnaissance et de piété filiales.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR SIMONIN,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

qui a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et qui nous soutint dans son élaboration. Nous lui exprimons toute notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE LE DOCTEUR LUX,

Médecin-chef du service de médecine interne
des Hôpitaux civils de Mulhouse,

qui a bien daigné nous attacher à son service et nous a constamment guidé, par ses conseils judicieux, dans la science médicale. Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUFSCHMITT,

Médecin-chef du service de dermatologie
des Hôpitaux civils de Mulhouse,

qui nous a toujours accueilli avec une grande bienveillance dans son service et nous a fait profiter de ses vastes connaissances.

En témoignage de notre sincère reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUG,
Chirurgien de l'Hôpital Marie-Mad., Forbach,

A MONSIEUR LE DOCTEUR RIBSTEIN,
Chef du service d'ophtalmologie,

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEGER,
Chef du service O. R. L.,

en reconnaissance pour tout ce qu'ils nous ont appris.

A MESSIEURS LES DOCTEURS
SPITZ, EISSEN, BURKARD et SCHŒNNAGEL,

médecins à l'asile de Stéphansfeld

en souvenir de leur bienveillance à notre égard.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548026_0088

Introduction

Le travail que nous présentons a pour but d'étudier les cas de pancréatite hémorragique ayant donné lieu à des expertises médico-légales.

En effet, à côté des pancréatites hémorragiques cliniquement diagnostiquées et dont la symptomatologie a fait le sujet de nombreuses publications, il y a place pour des pancréatites hémorragiques particulières qui constituent la forme médico-légale de cette maladie. Cade la définissait ainsi: Forme suraiguë de pancréatite hémorragique déterminant la mort dans un délai très court.

Nous constaterons que cette forme est caractérisée par une évolution rapide et par une symptomatologie assez fruste dans bien des cas.

Il est admis aujourd'hui qu'une pancréatite hémorragique peut donner une mort subite. Mais il n'y a pas encore bien longtemps cette question était très discutée. Zenker, en 1874, eut l'occasion de faire l'autopsie de trois cas de mort subite suspecte et conclut que la mort était due à une pancréatite hémorragique. Kollmann soutint la même opinion. Mais Reubold attaqua violemment cette théorie et prétendit que l'hémorragie pancréatique n'était qu'un effet secondaire de la mort. A l'appui de son affirmation, il apportait trois observations où l'autopsie avait montré une infiltration sanguine du pancréas et pourtant ces trois per-

sonnes n'étaient pas mortes de cette affection. L'une avait succombé à une intoxication par la morphine; la deuxième, à une hémorragie consécutive à un coup de couteau ayant atteint la veine fémorale; la troisième était morte par pendaison. Kratter critiqua également la théorie de Zenker en se basant sur 37 cas personnels où, à côté des lésions anatomiques ayant entraîné la mort, existait une hémorragie pancréatique. Ipsen constata la présence d'hémorragie pancréatique dans des cas de mort rapide par asphyxie mécanique, par intoxication au gaz carbonique ou au phosphore. Nous admettons volontiers l'existence d'hémorragies pancréatiques secondaires à la mort. Le médecin légiste qui n'en tiendrait pas compte s'exposerait à de grossières erreurs. Mais plusieurs observations prouvent que la pancréatite hémorragique peut causer une mort subite. L'autopsie est nécessaire dans ces conditions pour établir la vraie cause de la mort. L'expertise médico-légale est d'autant plus justifiée que cette pancréatite hémorragique entraîne une mort suspecte par sa symptomatologie fruste, par la rapidité de son évolution et par le fait qu'elle frappe assez souvent des individus robustes, dans la force de l'âge, sans antécédents pathologiques.

Observations médico-légales

A côté du cas relaté par le Professeur Simonin, nous avons trouvé dans la littérature d'autres observations dont l'étude et la critique constitueront l'objet de ce travail.

I. *Observation du Professeur Simonin.*

D'après les renseignements fournis par le médecin traitant et par la famille du défunt, l'histoire clinique de la maladie serait la suivante:

W. était âgé de 28 ans, marié sans enfants. Il n'aurait jamais été malade et paraissait très bien portant.

Le 8 novembre 1938, il se serait plaint à sa belle-sœur de fatigue musculaire. Le soir, dans un restaurant, il aurait consommé un repas froid composé de salade russe et il aurait bu un verre d'eau-de-vie.

Le 9 novembre, dans la matinée, il ressentit un malaise chez le coiffeur; à midi, il aurait refusé de manger, n'éprouvant aucune faim. Dans la matinée, il aurait eu deux selles liquides. Dans l'après-midi il ressentit, vers trois heures et demie une douleur à la région épigastrique et il éprouva quelques nausées. Vers cinq heures, il fit appeler le médecin qui constata que le ventre était souple, qu'il n'existait pas de fièvre, que le pouls battait à 70. Par contre, le malade

se plaignait de la persistance de la douleur épigastrique; il eut, à ce moment, un vomissement bilieux. Le même jour, à six heures du soir, il s'éteignit brusquement, sans proférer aucune plainte.

L'autopsie a été pratiquée au domicile du défunt.

Le corps est celui d'un homme robuste, bien constitué.

En dehors des phénomènes cadavériques qui ont fait leur apparition, l'inspection de la surface du corps ne donne lieu à aucune remarque.

Il est d'abord procédé à l'ouverture de la cavité thoraco-abdominale.

L'examen des viscères montre qu'il existe une congestion marquée de la paroi de l'intestin grêle sur toute la partie qui s'étend de la région pylorique jusque vers le milieu du jéjunum. On remarque, d'autre part, quelques adhérences péritoniales faciles à déchirer qui occupent la région duodénale et s'étendent, en particulier, sur la vésicule. En écartant la masse intestinale, on aperçoit qu'une infiltration hémorragique occupe la région duodénale. Après avoir disséqué cette région, on constate que l'infiltration hémorragique s'étend tout le long du pancréas et les sections transversales de cet organe montrent qu'il est le siège de nombreux petits foyers hémorragiques plus particulièrement abondants vers la tête du pancréas.

La région péri-capsulaire droite est aussi infiltrée de sang, mais cette infiltration sanguine paraît provenir de la région pancréatique.

Sur la muqueuse stomacale, on trouve un piqueté hémorragique et des sugillations. L'estomac ne contient qu'un peu de liquide jaunâtre. Dans l'intestin grêle le liquide a une coloration rosée.

Les poumons sont lourds et très fortement congestionnés. A leur surface, il existe des placards d'emphysème

aigu; en d'autres points, ce sont des foyers diffus, apoplectiformes.

L'ouverture de la cavité crânienne et l'examen de son contenu ne donne lieu à aucune remarque.

En rapprochant les symptômes cliniques des constatations anatomo-pathologiques, on est amené à conclure que W. a succombé à une pancréatite hémorragique.

II. *Observations de Zenker.*

a) Homme de 48 ans. On note dans ses antécédents une ancienne affection pulmonaire parfaitement guérie. Avait eu, en outre, une affection cardiaque et il persistait un léger anévrysme sans influence sur son état de santé. Légers troubles digestifs trois ans avant sa mort, puis plus rien. Il rentra, comme d'habitude, le soir avec sa femme. Le lendemain matin se réveilla à trois heures, se sentait mal, éprouva le besoin d'aller à la selle, se leva, eut quelques nausées, pas de selles, se recoucha et mourut.

A l'autopsie on constata un petit anévrysme du cœur qu'on ne peut considérer comme cause de la mort vu son intégrité. Le duodénum était rempli d'une mucosité sanguinolente. Le pancréas était fortement teinté de sang.

b) Il s'agit d'un homme solide de 28 ans, épileptique. Un jour, on le trouva mort dans la forêt où il avait été pour ramasser du bois. Un gendarme l'avait encore vu travailler à douze heures et lorsqu'il repassa à une heure il vit le cadavre.

A l'autopsie on ne constata rien au cerveau. A la région du hile de la rate, on nota une infiltration hémorragique suspecte. Un examen approfondi permit de conclure à l'existence d'une hémorragie pancréatique.

c) On découvre un cadavre dans l'eau.

A l'autopsie, le peu de symptômes de mort par immersion était frappant. En examinant le pancréas, on le trouva infiltré de sang. D'après les renseignements, c'était le cadavre d'un éthylique. Il avait bien exprimé des idées de suicide; mais on sait que ceux qui expriment ces idées, les exécutent rarement. Il passait nécessairement près de l'eau pour aller à son travail. Vraisemblablement, il dut tomber à l'eau au moment d'une crise de pancréatite hémorragique.

III. *Observation de Wolff (d'Elberfeld).*

Une femme de 52 ans, qui s'adonnait à la boisson, est jetée à terre par son mari, frappée sur la tête avec la paume de la main. Elle reçoit deux coups de pied sur le bas du dos ou le côté gauche. Une bouteille l'atteint à la tête. La blessée se sentait tellement peu malade que, le lendemain, elle alla elle-même porter plainte à la police. Mais le surlendemain elle fut trouvée morte couchée sur un lit chez des amis.

L'autopsie montra, en dehors d'une surcharge graisseuse du cœur, un pancréas de couleur rougeâtre, mou, de 26 cm. de long et 6 de large. A la tête du pancréas existait un hématome de sept cm. La queue de cette glande était bourrée de sang sur une longueur de sept cm.

IV. *Observation de Steward J. Sidney.*

Le malade de ce cas, homme de 65 ans, était dans un asile pendant sept ans. Il souffrait de dépression avec insomnies. Pendant les deux dernières années il était dément par moments et avait l'impression qu'il y avait quelque chose d'anormal à ses testicules, qu'il souhaitait voir enlevés. Il

ne présentait aucun indice de maladie organique. Il était toujours mince et un peu frêle, avec une musculature faible et un petit pouls mou. Comme il était suspect de vouloir se suicider, il était constamment sous surveillance. Ses intestins et sa vessie fonctionnaient régulièrement; il mangeait bien, ne vomissait pas et semblait être dans son bon état de santé habituel jusqu'au moment de sa mort. Ce jour là, il se leva à 6 heures 30 du matin, s'habilla seul, se lava et à 7 heures 30 était assis sur une chaise se sentant fatigué lorsque subitement il tomba évanoui dans les bras du gardien. Il devint pâle, froid, sans pouls et mourut en deux ou trois minutes sans présenter d'autres symptômes que ceux de la syncope.

A l'autopsie on trouva le pancréas rempli de caillots sanguins récents qui infiltraient les tissus voisins et la capsule rénale. Au microscope le pancréas montrait une infiltration sanguine récente, mais il n'y avait pas de signe d'altération inflammatoire, ni de stéatonécrose, ni de tumeur. On notait une congestion des poumons, du foie et de la rate. Il y avait quelques petits kystes corticaux du rein gauche et un kyste gros comme un œuf de poule au rein droit. Présence d'une adhérence d'une ancienne pleurésie du côté droit; épaississement de la pie-mère et de l'arachnoïde à la région pariéto-frontale; légère dégénérescence du myocarde, les valvules étaient normales.

La mort était apparemment due à une hémorragie du pancréas qui se propagea dans les tissus voisins et paraît de cause spontanée puisqu'il n'y a pas de signe d'altération inflammatoire, de tumeur ou de traumatisme.

V. *Observation de Maconie.*

Homme de 29 ans toujours en bon état de santé jusqu'au jour de sa mort. Ce jour-là, il souffrit de légères diarrhées qui ne l'empêchèrent pas de jouer au cricket durant la plus

grande partie de l'après-midi. Il fut atteint subitement de malaise et de violentes douleurs épigastriques, sans vomissements ni cyanose. Il se remit suffisamment, monta dans une voiture, mais quelques instants plus tard il mourut brusquement.

A l'autopsie on trouva le pancréas bourré de sang dans toute son étendue. Il n'y avait pas de liquide libre dans le péritoine et apparemment pas de stéatonécrose. La vésicule et les voies biliaires étaient normales, sans signe de lithiase ou d'inflammation. Par contre, le segment terminal de l'iléon était enflammé; le cæcum et l'appendice n'étaient pas affectés. Le cœur, les reins, le cerveau et les autres organes étaient tous normaux.

VI. *Observation d'Adams-Bouloux.*

Un Hindou, âgé de 20 ans, accomplissait encore, le 11 mars 1933, son travail habituel comme laboureur dans une plantation de canne à sucre. Il était manifestement en parfaite santé et en bon état de nutrition, au physique commun à sa race. Le 12 mars avait lieu une cérémonie religieuse hindoue à laquelle il prit part. Son rôle consistait à chanter et danser toute la journée avec d'autres participants; ils visitèrent différentes maisons où on leur servi du rhum. Ils ne prirent aucun aliment solide durant toute la journée. A sept heures du soir, il prit avec quatre compatriotes un rhum dans une de ces maisons; quelques minutes après il se plaignit de douleurs aiguës dans l'abdomen. On le déposa sur un divan dans un temple. Il fit un collapsus et mourut en l'espace de 20 minutes. On suspecta de suite un empoisonnement et on fit les démarches nécessaires. Les quatre autres hommes qui avaient bu le rhum de la même bouteille ne présentèrent aucun autre signe morbide que ceux dus à leurs libations. L'autopsie fut pratiquée 24 heures après le décès, sur la demande de la police.

A l'ouverture de l'abdomen on ne voyait rien d'anormal. On ouvrit ensuite la cage thoracique. L'œsophage est enlevé et ligaturé au cardia. Lorsqu'on essaya de lier le pylore, on découvrit un gros caillot de sang dans la boucle duodénale. Ce caillot semblait provenir d'une hémorragie de la région pancréatique. L'hémorragie fut localisée dans cet organe et dans son voisinage immédiat. Le pancréas, soigneusement examiné, fut trouvé rempli de caillots sanguins. A l'œil nu, on ne constata aucun signe de lésion suppurative, de gangrène ou de nécrose ante mortem de cet organe. Aucun liquide libre dans le péritoine. Pas de lésion de l'intestin grêle ou des autres viscères abdominaux. Aucun signe de stéatonécrose. L'estomac et l'œsophage sentaient fort le rhum; ils ne contenaient aucun reste d'aliment solide. Le foie, les reins, les poumons, le cœur, le cerveau et tous les autres organes parurent normaux. A la coupe, le pancréas fut trouvé infiltré de sang et spécialement vers la tête. On nota un gros caillot qui partait d'une mince rupture située à la face antérieure du pancréas.

L'examen microscopique révélait une zone limitée de nécrose dans le voisinage de cette rupture. Il semble que là existait une lésion quelque temps avant la mort. Il n'y avait aucune cause d'ischémie localisée.

La mort fut certifiée due à une cause naturelle, en l'occurrence à une pancréatite hémorragique.

VII. *Observations d'Aron et Jacob.*

a) Homme de 59 ans admis pour une dyspnée assez marquée et des symptômes d'intoxication alcoolique: délire tranquille, zoopsie caractéristique. A l'examen, on note une congestion des bases pulmonaires; cœur normal. Ni douleur, ni autres anomalies et notamment pas de réaction abdominale. L'état clinique n'offrait aucun caractère de

gravité et cependant le malade succomba subitement dans la nuit.

A l'autopsie on trouva une congestion viscérale généralisée; myocarde normal, ferme. Intégrité des organes sauf pancréas: lésions de pancréatite hémorragique sans cytostéatonécrose; farcissements multiples de la glande par de larges foyers sanglants. Grand hématome de la queue du pancréas.

b) Malade admis pour delirium tremens, tremblements, zoopsies, excitation du langage.

Mort subite le lendemain.

Autopsie: zone de nécrose du volume d'une orange au niveau de la queue du pancréas se continuant avec un hématome de la loge rénale. Aucune autre lésion.

c) Malade admis avec les mêmes symptômes.

Mort subite.

Autopsie: aspect de pancréatite hémorragique aiguë avec cytostéatonécrose.

d) Malade envoyé pour affection cardiaque.

Meurt en cours de route.

Autopsie: Congestion viscérale généralisée et pancréatite hémorragique. Intégrité du cœur.

e) Malade admis à diverses reprises pour phénomènes d'insuffisance cardiaque par myocardite. Rétabi par le traitement.

Revient pour défaillance cardiaque. Présente un gros foie douloureux. Cœur amélioré par cure de digitale. Quinze jours après, subitement cyanose de la face, dyspnée, douleurs violentes à l'hypocondre droit. Malgré un traitement énergique, mort rapide. L'abdomen était souple.

A l'autopsie, en dehors d'une myocardite, on constate les lésions de pancréatite hémorragique.

Dans ces divers cas rien ne laissait prévoir une mort aussi rapide. Rien n'attirait l'attention du côté de l'abdomen qui était souple et indolore.

VIII. *Observation de Lande et Dervillée.*

Une femme d'une 40e d'années, habitant seule un petit appartement, est trouvée morte à son domicile le 30 janvier 1938. Diverses traces de contusion étant constatées sur le visage de la victime, la mort paraît suspecte et l'autopsie médico-légale est ordonnée.

Cette dernière est pratiquée 48 heures environ après le décès.

Aspect extérieur du cadavre:

Il existe un certain nombre d'érosions cutanées et d'ecchymoses sur la face et sur le cou. On ne note pas de cyanose de la face.

Ouverture du cadavre:

Existence de suffusions sanguines au niveau du siège des ecchymoses. Pas de fracture du crâne ni du massif osseux facial.

On trouve des adhérences pleurales anciennes.

Légère congestion œdémateuse des lobes inférieurs des poumons.

Le cœur est un peu surchargé de graisse.

Aucune lésion de l'estomac ni de l'intestin.

Le foie est nettement scléreux. La vésicule biliaire est d'aspect normal, sans calculs.

Les reins sont scléreux et d'un poids au-dessous de la normale.

Le pancréas, d'une grosseur au-dessus de la normale, présente sur la presque totalité de son étendue une colo-

ration rouge violacée très nettement marquée. A la coupe on retrouve cette couleur qui alterne avec des zones de teinte chamois.

Aucune autre lésion à signaler, à part un petit kyste de l'ovaire.

L'examen microscopique du pancréas confirme les constatations précédemment faites.

Discussion. — Il n'y a aucun signe classique de suffocation ou de strangulation. On ne trouve aucune lésion crânienne.

Mme L. a succombé à une pancréatite hémorragique. Au cours de la crise, la malade a pu tomber, se débattre, ce qui expliquerait l'existence des diverses contusions. Cette hypothèse est d'autant plus vraisemblable que, d'après les déclarations de certains témoins, quelques gémissements paraissant provenir de l'appartement de Mme L. auraient été entendus dans la nuit du 29 au 30. Le 29 janvier encore elle avait été vue et paraissait en bonne santé.

IX. *Observation de M. A. Cade.*

Le 30 novembre 1916, nous sommes commis pour pratiquer l'autopsie d'un soldat mort subitement. Voici les constatations que nous permet de faire la section de ce cadavre:

L'examen du cerveau est négatif. Les poumons sont légèrement congestionnés. Il existe des cicatrices tuberculeuses au sommet du poumon droit. Le cœur ne contient que des caillots agoniques. Il n'y a pas de lésions orificielles. Pas d'hypertrophie de l'organe qui est seulement un peu plus mou que normalement.

La vésicule biliaire ne présente aucune lésion, et ne contient pas de calculs.

Les reins sont légèrement congestionnés.

L'estomac étant relevé, nous sommes frappés de l'augmentation de volume du pancréas et de la teinte ecchymotique qui existe à son niveau. A l'ouverture de l'arrière cavité des épiploons, il s'écoule un peu de sang et le pancréas apparaît volumineux, surtout au niveau du corps et de la queue de l'organe; sa surface est recouverte de sang. Sa consistance est augmentée; son poids atteint 190 gr. Sur les coupes, il apparaît fortement congestionné et ruisselle de sang. Il n'y a pas sur le péritoine de taches de nécrose graisseuse.

Les renseignements cliniques que nous avons pu obtenir alors sur les conditions du décès et le passé pathologique du soldat M., dont nous venions de pratiquer l'autopsie, sont très sommaires.

Cet homme affecté antérieurement au travail de la poudrerie, avait été renvoyé à son dépôt, depuis un certain temps déjà, et ne s'était jamais présenté à la visite médicale. Il avait d'ailleurs un service peu pénible.

Le 29 novembre, il s'était rendu dans la soirée à la cantine et avait bu un litre de vin. Rentré dans sa chambre, il s'était plaint d'un refroidissement général et s'était couché de suite. Jusqu'à minuit et demi il était resté calme. A cette heure il avait commencé à se plaindre d'une violente douleur d'estomac. Vers une heure vingt, il avait été pris de vomissements, rendant le vin qu'il avait bu dans la soirée. Quelques instants plus tard, les vomissements reprenaient et, cinq minutes après, la mort survenait.

L'examen histologique a décelé les lésions classiques de la pancréatite hémorragique: infiltration sanguine très abondante sur place, surtout marquée à la surface; dissociation des acini par l'infiltration précédente et par l'œdème; en général. nécrose de la glande; certaines veines sont thrombosées. En outre, il existe une sclérose ancienne, surtout périlobulaire.

Il s'agit donc d'une pancréatite hémorragique suraiguë, ou apoplexie pancréatico-péritonéale, ayant entraîné la mort en moins d'une heure.

Caractères cliniques de la forme médico-légale de la P. H.

Les observations de P.H. que nous relatons ne se présentent pas avec le même aspect clinique. Certaines analogies permettent pourtant de grouper ensemble quelques-unes d'elles.

C'est ainsi que les cas 1, 2*a*, 5, 6 et 9 débutent par un malaise avec douleur épigastrique plus ou moins violente, nausées, vomissements ou diarrhées. Précédée de ces symptômes, une mort subite a pu en imposer pour un empoisonnement. Cette hypothèse était d'autant plus vraisemblable qu'il s'agissait de sujets jeunes, vigoureux et le plus souvent sans antécédents (Obs. 1, 5, 6 et 9).

Dans d'autres cas (Obs. 4 et 7), la symptomatologie est très fruste et la mort tellement rapide que l'on n'a même pas le temps de songer à un diagnostic.

Parfois même (Obs. 2*b*, 2*c*, 3, 8) on se trouve en présence d'un cadavre dont l'existence est d'autant plus suspecte que le sujet était en bonne santé peu de temps auparavant encore. L'autopsie seule peut expliquer la cause du décès.

Caractères anatomo-pathologiques

L'autopsie frappe souvent par le peu d'étendue des lésions anatomo-pathologiques capables d'entraîner une mort aussi subite. A côté des cas où l'hémorragie pancréatique est assez abondante pour envahir les tissus voisins, il en existe où les lésions sont peu marquées (Obs. 2*c*, 8). Carnot avait déjà signalé l'existence de pancréatites hémorragiques aiguës avec simple piqueté hémorragique. Flahaut et Idoux ont publié un cas de P.H. diagnostiquée cliniquement et où l'autopsie montra par places un petit piqueté hémorragique seulement.

La cytostéatonécrose, si caractéristique de la forme clinique de la P.H., ne se trouve que dans un seul des cas que nous rapportons (Obs. 7*c*).

Discussion

La mort, dans ces différents cas, est l'effet de la pancréatite hémorragique. En effet, si des lésions concomitantes à l'hémorragie pancréatique se rencontrent dans quelques observations, il faut reconnaître qu'elles ne sont pas de nature à pouvoir occasionner une mort subite. D'autre part, la douleur épigastrique, les symptômes abdominaux indiquent que le siège de la maladie en cause est dans l'abdomen.

Quant au mécanisme de la mort, les idées sont partagées. Il semble que la quantité de l'hémorragie n'intervient pas puisque nous constatons des morts subites dans des cas où l'hémorragie est minime. Certains auteurs font jouer un rôle au choc toxique résultant de la résorption des produits de désintégration des cellules pancréatiques (Brocq et Binet). D'autres incriminent un choc nerveux par action réflexe sur le plexus solaire voisin du pancréas.

La cause de cette hémorragie pancréatique nous échappe. On accuse souvent la lithiase biliaire. Nous ne la trouvons pas dans les observations que nous publions. Il est un fait pourtant qui frappe, c'est la fréquence relative de la forme médico-légale de la P.H. chez les éthyliques.

Dans la forme clinique des P.H. on note très souvent la cytostéatonécrose (93 fois sur 109 observations recueillies par Desplas et Ebrard). Dans la forme médico-légale, par

contre, l'absence de cytostéatonécrose est de règle (14 fois sur 15 observ.). Ceci est peut-être dû à la rapidité de l'évolution. La stéapsine pancréatique n'aurait pas le temps de digérer les graisses contenues dans les cellules adipeuses. Thouluc, dans sa thèse, pense que la cytostéatonécrose apparaît deux jours environ après la nécrose parenchymateuse. Les expériences de Seidel montrent que l'étendue des lésions est en raison inverse de la rapidité d'évolution. Ceci explique donc le peu d'étendue des lésions dans la forme médico-légale de la P.H.

Conclusion

L'étude des diverses observations que nous rapportons dans ce travail nous amène à conclure qu'il existe bien une forme médico-légale de la pancréatite hémorragique, cause de mort subite.

Particularités cliniques

La forme médico-légale de la pancréatite hémorragique se caractérise par une mort subite précédée d'une symptomatologie presque toujours fruste. On note dans quelques cas un léger malaise avec douleur épigastrique, nausées et rares vomissements, diarrhées (Obs. 1, 2*a*, 5). La mort survient parfois avec une extrême rapidité (Obs. 4, 5, 7). Elle s'observe fréquemment chez des éthyliques (Obs. 2*c*, 3, 7), mais frappe aussi des sujets jeunes, sans antécédents pathologiques (Obs. 1, 5, 6).

Particularités anatomo-pathologiques

Les lésions classiques de la pancréatite hémorragique sont atténuées. L'hémorragie est souvent de moyenne intensité; quelquefois il n'existe qu'une infiltration sanguine du pancréas (Obs. 2*c*, 8). Nous relevons la présence caractéristique de cytostéatonécrose dans un seul cas (Obs. 7*c*).

Particularités médico-légales

La pancréatite hémorragique simule assez souvent un empoisonnement (Obs. 1, 5, 6).

Parfois, en présence d'un cadavre portant des ecchymoses et découvert dans des circonstances particulières, on est tenté de croire qu'il s'agit d'homicide (Obs. 2*b*, 2*c*, 3, 8). Seule l'autopsie médico-légale permet d'attribuer la mort à une cause naturelle.

Vu :

Strasbourg, le 27 juin 1939.

Le Doyen
ANDRÉ FORSTER

Vu :

Le Président de Thèse :
SIMONIN

Vu et permis d'imprimer :

Strasbourg, le 29 juin 1939.

Le Recteur de l'Académie,
Président du Conseil de l'Université
TERRACHER

Bibliographie

ADAMS et BOULOUX: Sudden death from pancreatic hæmorrhage. (the Lancet 4. 11. 33.)

ARON et JACOB: La mort subite par pancréatite hémorragique chez les alcooliques (Soc. méd. hôp., Paris, juillet 1930.)

BEAU: Contribution à l'étude des pancréatites hémorragiques. (Thèse Montpellier 1929.)

VON BERGMANN: Ueber die Todesursache bei den akuten Pankreaserkrankungen. (Verhand. d. Gesellsch. deutsch. Naturf. u. Aerzte, Leipzig 1906.)

BERTHIER: Pancréatite hémorragique. (Gaz. des Hôpitaux, avril 1911.)

BROCQ: Quelques idées nouvelles sur la pancréatite hémorragique. (Journ. de chirurgie, janv. 1925.)

CABANNES et COSTE: Un cas de pancréatite hémorragique. (Soc. de chirurgie d'Alger, 1928.)

CADE: La forme médico-légale de la pancréatite hémorragique. (Bulletin médical, janvier 1918.)

CHAUFFARD: Pancréatite hémorragique. (Bulletin méd., mars 1921.)

CLAVEL et PALLUEL: Sur un cas d'hémorragie intestinale au cours d'une pancréatite hémorragique. (Lyon Méd., juin 1931.)

DANIELS: Pancreatic hemorrhage. (Practitioner, Lond. 1914.)

DEGUILHEN: Contr. à l'étude clinique et diagn. de la pancr. aiguë hémorrag. (Thèse de Toulouse, 1934.)

DEGUY: Mort subite par apoplexie pancréatique au cours d'une cardiopathie artérielle. (Revue de clinique et de thérap., Paris 1899, t. XIII.)

DELATOUR : Pancréatite aiguë hémorrag. et syph. (Thèse, Lyon 1935.)

DELBET: Les pancr. atténuées. (Bulletin Acad. Méd., Paris 1924.)

DITTRICH: Zur forensischen Bedeutung der Pankreasblutungen. (Wien med., Bl. 1890, t. XIII.)

DUFOUR: Peut-on reconnaître cliniquement la pancréatite hémorragique aiguë. (L'Hôpital, octobre 1936.)

FLAHAUT-IDOUX: Un cas de pancréatite hém. chez un jeune homme de 16 ans. (Ann. d'an. path., avril 1926, t. III.)

FORMAD: A case of chronic pancreatitis with disseminated fat-necrosis: death by subacute hemorrhagic pancreatitis, simulating a case of poisoning. (Tr. Path. Soc., Phila. 1889, t. XV.)

GRANT: Pancréatite hém. aiguë. (Brit. Med. Journ., décembre 1931.)

HITCHCOCK: Hemorrhagic pancreatitis; a case having unusual medico-legal relations. (Med. Age, Detroit 1898.)

HUBER et BEITZKE: Ueber akuten Pankreastod. (Charité-Ann., Berlin 1904, t. XXVII.)

IPSEN: Ueber Pankreasblutung in ihrer Beziehung zum Tode Neugeborener. (Vrtljschr. f. gerichtl. Med., Berlin 1908, t. XXXV.)

KRATTER: Ueber Pankreasblutungen und ihre Beziehung zum plötzlichen Tode. (Verhandl. d. Gesellsch. deutsch. Naturf. u. Aerzte, Leipzig 1910.)

LANDE et DERVILLEE: Mort suspecte. Pancréatite hém. révélée par l'autopsie. (Ann. de Méd. lég., janvier 1939.)

LEONCINI: Emorragia pancreatica e morte improvvisa. (Clin. mod., Firenze 1907, t. XIII.)

MACONIE: Sudden death due to acute hæmorrhagic pancreatitis. (Brit. Med. Journ., 1926.)

OKYNCZYZ: Pancréatites méconnues. (La Médecine, octobre 1925.)

REUBOLD : Ueber Pankreasblutung vom gerichtsärztlichen Standpunkte. (Festschr. Albert von Köllicker, Leipzig 1887.)

SCHNITZLER: Pancréatite hémorragique. (Wien. Med. Woch., janvier 1932.)

STEWARD: A case of sudden death from pancreatic hæmorrhage. (Brit. Med. Journ., 1909.)

THOULUC: Contr. à l'étude des pancr. aiguës atténuées, à symptom. fruste. (Thèse, Paris 1931.)

TINE: Contr. à l'étude de la pancr. hém. aiguë. (Thèse de Montpellier 1932.)

VAN DEN BRŒCK: Le diagnostic des pancréatites. (Arch. méd. belges, Bruxelles 1912.)

WOLFF: Ueber Pankreasblutungen u. ihre Beziehung zum plötzlichen Tode. (Verhandl. d. Gesellsch. deutsch. Naturf. u. Aerzte, Leipzig 1900.)

ZENKER: Ueber tödtliche Pankreasblutung. (Deutsche Zeitschr. f. prakt. Medizin, 1874.)